Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik München.
Vorstand: Geheimrat Prof. Dr. Döderlein.

Pathologie und Therapie der retroflexio uteri gravidi incarcerata.

Inaugural-Dissertation

zur

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gleb Krischanowsky
z. Z. Koassistent der Frauenklinik in München.

MÜNCHEN 1910.
BUCH- UND KUNSTDRUCKEREI AUGUST VICTOR.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545819_0110

Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik München.
Vorstand: Geheimrat Prof. Dr. Döderlein.

Pathologie und Therapie der retroflexio uteri gravidi incarcerata.

Inaugural-Dissertation

zur

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gleb Krischanowsky
z. Z. Koassistent der Frauenklinik in München.

ACAD. LUDWIG MAX. BIBL.

MÜNCHEN 1910.
BUCH- UND KUNSTDRUCKEREI AUGUST VICTOR.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät zu München.

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. Döderlein.

„Pathologie und Therapie der Retroflexio uteri gravidi incarcerata".

Schon Hippokrates waren die Retrodeviationen des graviden Uterus bekannt, jedoch ist die ältere Literatur arm an Berichten über diese Lageanomalien. Die erste ausführlichere Nachricht über diesen Gegenstand datiert erst aus dem Jahre 1731, wo Kulmus in Danzig zuerst einen Fall von Retroflexio uteri gravidi mens. IV beschrieb. Aus den Jahren 1740 bis 1750 stammt eine Beschreibung der Symptome von Grégoir. Im Jahre 1771 beschäftigte sich mit Retroflexio uteri gravidi Hunter in England. Im Jahre 1785 wurde die Preisarbeit von Desgranges, 1859 die von Elleaume von der Pariser Academie gekrönt. In Deutschland haben sich unter anderen Autoren A. und E. Martin, Fritsch, Bamberger und G. Veit viel mit den Retrodeviationen des graviden Uterus beschäftigt. Die ausführlichsten Arbeiten der letzten Zeit auf diesem Gebiete stammen dann von S. Gottschalk 1894, A. Dührssen 1899, R. Chrobak 1904, E. Wertheim 1904 und O. Küstner 1907.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Retroflexio uteri gravidi zu den bedeutungsvollen und folgeschwersten Komplikationen einer Gravidität werden kann. Die Gefahren, welche dieselbe einschliesst, betreffen in gleicher Weise das Leben der Mutter wie das der sich bildenden Frucht.

Aetiologie und pathalogische Anatomie.

Nachdem bis zu den 60er Jahren vorigen Jahrhunderts die Retrodeviationen des graviden Uterus als eine mehr oder weniger plötzlich erfolgende Verlagerung der bereits schwangeren

Gebärmutter angesprochen worden waren, ist durch Thyler-Smith eine entgegengesetzte Anschauung angebahnt worden, die durch eine Reihe von Beobachtern, vor allem durch Gustav Veit weiter gestützt und gefördert worden ist. So ist diese Umwälzung in der ätiologischen Anschauung recht bald zur Anerkennung gekommen. Gustav Veit sagt: „Es ist anerkannt, dass die Retroflexio das primäre sei, bereits vor der Schwangerschaft bestanden habe, oder dass wenigstens eine unter Umständen in Retroflexio übergehende anderweitige Lageveränderung der Gebärmutter der Conception vorausgeht".

Ist diese Annahme sicher berechtigt, so ist es doch durchaus nicht unmöglich, dass der früher physiologisch, also antevertiert gelegene Uterus erst in der Schwangerschaft in Rückwärtsneigung oder — Beugung geraten könne. Hiefür sprechen bestimmte Beobachtungen, wie sie Hubert, Dührssen, Chroback u. a. gemacht haben; auch Hofmeister nimmt einen Einfluss der primär gelähmten Blase auf die Gestaltung des Uterus an. Küster sagt: „Es fragt sich, ob nicht auch ein normal gelegener Uterus erst nach der Schwängerung sich rückbeugen oder rückneigen kann. Wenn die Möglichkeit nicht ganz zurückgewiesen werden soll, so ist es sicher sehr selten. Es soll nicht geleugnet werden, dass akut in Aktion tretende Kraftimpulse, welche seitens energisch wirkender Bauchpresse zumal bei gefüllter Blase am Uterusfundus angreifen, das Corpus nach hinten in das Becken hineindrücken können. Ich glaube aber, dass in denjenigen Fällen, in welchen vor der Schwängerung eine Retroversio-flexio nicht konstatiert worden war, zum Mindesten eine pathologische Beweglichkeit des Uterus, bereits eine pathologische Lockerung seiner Befestigungsorgane bestanden hat."

Wenn auch das Krankheitsbild des retroflektierten graviden Uterus im Ganzen und Grossen ein ziemlich typisches und charakteristisches ist, so gibt es doch mannigfache Variationen nicht nur in der Intensität der Erscheinungen, sondern auch in dem zeitlichen Auftreten, in der Schwierigkeit der Behandlung etc.

Die pathologische Anatomie dieses Zustandes ist insoferne in höherem Masse wechselvoll, als durch das schnelle Wachstum des graviden Uterus immerfort Veränderungen des Zustandes gesetzt werden. Die Veränderungen erfolgen, wenn nicht durch Selbstaufrichtung eine normale Lage hergestellt wird, meistenteils im Sinne der Verschlimmerung des Leidens.

Unter Retroflexio uteri gravidi also versteht man diejenige Lageanomalie, bei welcher das Corpus uteri auf dem Beckenboden liegt, während die Cervix und die Portio in einer mehr oder weniger starken winkligen Abknickung ihm gegenüber sich befinden, sodass sich bei zunehmender Ausdehnung des graviden Uterus das Collum gegen die Symphyse anstemmen muss.

Ende des dritten resp. Anfangs des vierten Monats drängt der retroflektierte schwangere Uterus gegen die hintere Beckenwand an, und wenn nicht Abortus oder Selbstaufrichtung — wie früher bemerkt — eintritt, so kommt es zur Einklemmung des Uterus. Indem er den zur Verfügung stehenden Raum im kleinen Becken nach Art einer plastischen Masse immer inniger ausfüllt, wird der Douglas stärker und stärker ausgeweitet, das Rektum komprimiert, das hintere Scheidengewölbe, ja schliesslich sogar der Damm vorgewölbt.

In einzelnen Fällen, wie Wertheim sagt, trat der Uterus durch den weit sich öffnenden Anus (Halberstman) oder nach Sprengung der hinteren Vaginalwand (Grenser, Mayer) durch die Vulva zu Tage.

Für die Entstehung der Retroflexio uteri gravidi cum inceratione gibt Dührssen drei Ursachen an:

1. Starke Retroflexio mit starrem Knickungswinkel, infolge von Metritis chronica oder infolge von Schrumpfung der Serosa des Knickungswinkels.
2. Perimetritische Membranen, die den Uterus am Emporwachsen hindern.
3. Enges Becken, welches durch das vorspringende Promontorium den Uterus am Emporwachsen hindert, oder Ovarialtumoren, die in analoger Weise wirken.

Chroback ist mit dieser Anschauung Dührssens vollkommen einverstanden.

Auch Tarnier und Budin halten Verwachsungen des Uterus für häufige Ursache der Einklemmung.

Winckel macht auch auf die Bedeutung der Parametritis superio für die Ueberführung bezw. Erhaltung des schwangeren Uterus in seiner fehlerhaften Lage aufmerksam.

Kaltenbach erwähnt in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe, dass feste Verwachsungen ein Hindernis für die Reposition abgeben können.

Hartmann scheint Verwachsungen als die alleinige Ursache der Einklemmung eines retroflektierten Uterus anzusehen.

Viele Autoren lassen diese Frage ganz unberücksichtigt, andere wie z. B. P. Müller halten die Aetiologie dieses Leidens für die Mehrzahl der Fälle für unaufgeklärt.

Während ältere Autoren (Scanzoni, Roschirt) und von den neueren v. Winkel an der Aufstellung von verschiedenen Graden der Retroflexio uteri gravidi festhalten, emanzipieren sich jetzt die meisten von einer 3. Einteilung je nach den Winkelgraden (Fall I), um welche der Uterus in der fehlerhaften Richtung abgewichen ist.

Ich möchte mich aber hauptsächlich an folgende Einteilung halten:

1. Retroflexio uteri gravidi totalis und
2. Retroflexio uteri gravidi partialis.

Fall I. 28. Juli 1891.

F. M., 22 Jahre alt, II-para, gravida mens II. Erste Menstruation mit 19 Jahren, 4—6 Tage dauernd, mittelstark, immer unregelmässig. Letzte Periode am 23. Juni, sehr schwach. Ein Partus; Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettverlauf normal.

Seit 10 Wochen Schmerzen im Unterleib, die die letzte Zeit besonders stark geworden sind. Seit ungefähr 6 Wochen weisser Ausfluss. Patientin fühlt sich sehr matt.

Die äussere Untersuchung ergibt: mittelgrosse, gut entwickelte Person. Herz und Lungen gesund; Brüste secernierend. Leib fast flach, dicht über der Symphyse Druckempfindlichkeit. Innere Untersuchung: Uterus aufgelockert, vergrössert. Entspricht seiner Grösse nach einem graviden Uterus im 2. Monat. Retroflexio zweiten Grades. Aeussere Genitalien und Vagina aufgelockert. Im Urin kein Eiweiss.

Es wird die Reposition vorgenommen, die ohne Narkose ganz leicht gelingt. Der reponierte Uterus wird in seiner Lage durch ein Hodge'sches Pessar fixiert. Patientin bleibt 3 Tage im Bett liegen und wird dann beschwerdelos entlassen.

Fall V. 228/1900. VIII. 28.

K. Th., 36 Jahre alt, XII-para, gravida mens. II. Erste Periode mit 16 Jahren, 4 Tage dauernd, stark, regelmässig; seit dem ersten Partus ist die Dauer unregelmässig; von 4 bis 10 Tagen.

Letzte Menstruation vor 5 Wochen — seither beständige Blutung.

Erster Partus im Jahre 1883; der letzte am 8. Januar 1899. Sämtliche Entbindungen am normalen Ende der Schwangerschaft, ausser der letzten, welche im 8. Monat stattfand. Niemals ärztliche Hilfe. Wochenbettverlauf normal. Keine Fehlgeburten.

Nach der letzten Entbindung ist die Periode 3 Monate ausgeblieben, dann wieder 2 mal ohne irgendwelche Beschwerden eingetreten. Beim 3. Mal traten die Blutungen auf, die bis jetzt andauerten. Ausserdem starke, brennende Schmerzen, welche nie nachlassen, besonders gegen das linke Parametrium hin stärker sind, und in den rechten Oberschenkel ausstrahlen. Kreuzschmerzen nicht vorhanden. Stuhl sehr unregelmässig mit Schmerzen und Brennen verbunden. Urinieren ohne Beschwerden.

Aeusserer Befund: Mittelgrosse Person, von mässig gutem Ernährungszustande; sehr anämisch. Herz normal.

Lungen R. H. U. Abgeschwächtes Atemgeräusch und verkürzter Perkussionsschall. Brüste secernierend.

Leib vorgewölbt. Peristaltik der Därme deutlich wahrnehmbar. Colon ascendens und Flexur stark gefüllt. Bauchdecken gut abhebbar. Im Becken kein Tumor nachweisbar. Deutliche Diastase der Rekti.

In der Oeffnung der Vulva wölbt sich die vordere und hintere Vaginalwand vor.

Innere Untersuchung: Scheide kurz. Portio direkt nach unten sehend, dicht hinter der Symphyse. Vordere Lippe ziemlich dünnwandig, hintere wesentlich dicker. Muttermund für die Fingerkuppe eingängig. Querspalt mit Unebenheiten und Erosionen bedeckt. Uteruskörper liegt nach hinten und mehr nach rechts, halb kindskopfgross. Nach rechts zu ist der Uterus fest verwachsen, nach links leicht beweglich. Geht man von der Portio nach rückwärts, so kommt man dicht unter dem Uteruskörper auf einen ca. $1\,^1/_2$ cm langen walzenförmigen Körper, der unter dem Finger sofort ausgleitet. Adnexe sind nicht zu tasten. Uteruskörper fühlt sich weich und aufgelockert an, vollkommen eben, ohne irgendwelche Prominenzen. Die geringe Berührung derselben verursachte recht starke Schmerzen.

Diagnose: Retroflexio uteri gravidi fixati 2. Grades.

Da die Patientin unbemittelt ist, verlässt sie die Anstalt am nächsten Tage. Es werden ihr temperierte Umschläge verordnet und Bettruhe.

Fall VI. 280/1900. XI. 19.

G. F., 46 Jahre alt, IX-para, gravida mens III. Als Kind immer gesund; mit 26 Jahren Gelbsucht.

Erste Periode mit 20 Jahren, 2 Tage dauernd, schwach, regelmässig. Alle Schwangerschaften, Geburten und Wochenbett von normalem Verlauf.

Seit $2\,^1/_2$ Wochen bleibt die Periode aus. Seit 10 Tagen hat Patientin Beschwerden beim Stuhl und Urinlassen.

Befund bei der Aufnahme: Patientin von gutem Ernährungszustande. An beiden unteren Extremitäten geringe Oedeme und Varicen. Herz und Lungen normal. Brüste secernierend.

Aorta oberhalb und unterhalb des Nabels zu erreichen.

Muttermund steht direkt hinter und oberhalb der Symphyse. Der Uteruskörper ist tief in das Becken hineingerückt und steht in der Beckenaushöhlung. Muttermundslippen aufgelockert und weich. Der Uteruskörper ist beinahe zwei Mannsfaust gross. Die Wandungen sind aufgelockert. Blase sehr stark gefüllt. Mittelst Katheter werden 2800 ccm Urin entleert. Kein Eiweiss, kein Zucker.

Diagnose: Retroflexio uteri gravidi III°.

22. Es werden mittelst Katheter 700 ccm Urin entleert. In Narkose gelingt es leicht, den retroflektierten Uterus in seine richtige Lage zu bringen und dort durch ein Hodge Pessar festzuhalten.

23. T. 36,7, Puls 88.

Patientin fühlt sich ganz wohl. Urinlassen und Stuhl spontan. Keine Schmerzen im Unterleib. Fundus uteri steht 2 Finger breit unter dem Nabel. Die Blase ist etwas empfindlich und hypertrophisch. Patientin soll das Pessar 3 Wochen behalten. Morgen verlässt sie die Anstalt.

Küstner sagt: „Es ist nicht zu bezweifeln, dass, je grösser der Abknickungswinkel von vornherein ist, um so weniger Chancen für eine Spontanaufrichtung bestehen. Anderseits ist zweifellos, dass im Laufe des Weiterwachsens des graviden Uterus unter der ungünstigen Wirkung der Bauchpresse auf die nach oben liegende normale vordere oder untere Uteruswand aus einem geringen Grade der Lageabweichung allmählich eine stärkere werden kann."

Als Beispiel für die Retroflexio uteri gravidi totalis möchte ich folgenden Fall erwähnen:

Fall II. 482/1897. 23. August.

V. M., 42 Jahre alt, VII-para, gravida mens IV. Erste Menstruation trat mit 20 Jahren ein, 8 Tage dauernd, stark,

unregelmässig. Alle Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten von normalem Verlauf.

Anfangs Mai blieb der Patientin die Periode aus. Vor 14 Tagen unfreiwilliger Urinabgang, der sich immer mehr steigerte, bis vor 3 Tagen förmliche Ischuria paradoxa auftrat. Starker Harndrang, dem immer nur der Abgang weniger Tropfen entsprach. Blase sehr stark aufgetrieben. Die entleerten Harnmengen sind übelriechend und vollkommen getrübt, mit starkem Sediment. Gleichzeitig bestehen starke Schmerzen in der Blasengegend, die dem Verlauf der Uretheren entsprechend, bis in die Nierengegend ausstrahlen. Seit 14 Tagen ist die Patientin arbeitsunfähig.

Aeussere Untersuchung ergab: Mittelgrosse Person von kräftiger Konstitution und gutem Ernährungszustande. Herz und Lungen gesund. Brüste secernierend. Leib in geringem Grade gewölbt. Blase sehr stark gefüllt, fast bis zum Nabel reichend, rechte obere Inguinalgegend druckempfindlich. Vulva leicht geschlossen. Beim Pressen mässige Inversion der Vaginalwand.

Innere Untersuchung: Portio unterhalb und vor der Spinallinie. Muttermund für einen Finger eingängig, um denselben Rauhigkeiten.

Corpus uteri: stark retroflektiert, weich, etwa kindskopfgross, in der Kreuzbeinaushöhlung liegend. Vor dem Uterus fühlt man nach dem Katheterisieren die verdickte zusammengefallene Blase.

Mittelst Katheter entleert man 2 Liter hochgradig getrübten, mit reichlichen Flocken und Fetzen vermischten übelriechenden Urin, Temperatur 37.4, Puls 96. Diagnose: Retroflexio uteri gravidi totalis.

Es wird der retroflektierte Uterus etwas aufgerichtet und mittelst Hodge Pessar in dieser Richtung festgehalten.

24. VIII. Bei dem Katheterisieren werden ca. 2 Liter noch trüben und übelriechenden Urins entleert. Nachmittags wurde auf dieselbe Weise $^1/_2$ Liter Urin derselben Qualität entleert. Der Urin ist blutig. Es werden Blasenspülungen verordnet.

Patientin bekommt einen Einlauf, worauf ein reichlicher Stuhlgang erfolgt.

26. VIII. S, 36,9, P. 84. Patientin befindet sich wohl. Uriniert spontan. Stuhl in Ordnung. Im Harn-Sediment massenhaft Blasenepithelien und Leucocyten, keine roten Blutkörperchen.

30. VIII. Bei der gestern Abend vorgenommenen Blasenspülung läuft die Spülflüssigkeit nahezu völlig klar ab. Der Uterus liegt vorne; das Pessar wird in der Vagina belassen. Allgemeinbefinden der Patientin ist gut. Patientin verlässt die Klinik.

Während diese fehlerhafte Uteruslage nur bis höchstens 5—6 Graviditätsmonate bestehen kann, alsdann in irgend welcher Form die Katastrophe eintritt, während es sich hier um völlige höchstgradige Lagenveränderung des Uterus handelt, liegt bei der sogenannten partiellen Retroflexio des graviden Uterus (Fall VIII) der grösste Teil des Uterus normal im Bauchraume, die Cervix steht aber unmittelbar an der Symphyse und hinter ihr im Becken liegt ein, gewöhnlich den vorliegenden Kindesteil tragendes, Segment des Uterus, halbkugelig, sich tief in das Becken hineinwölbend, welches nicht mit in den Bauchraum hinaufgestiegen ist.

Fall III. 123/9. V. 1899.

M. B., 22 Jahre alt, I-para, gravida mens V. Menstruation trat mit 12 Jahren ein, immer regelmässig, 2—3 Tage dauernd, schwach. Kohabitation am 6. Januar angegeben. Letzte Menstruation — Mitte Dezember. Seit 14 Tagen Beschwerden beim Wasserlassen. Zuletzt völlige Unmöglichkeit, spontan zu urinieren. Der Urin geht tropfenweise unwillkürlich ab.

Am 2. V. wurde die Patientin das erste Mal katheterisiert, wobei angeblich 4 Liter unblutigen Urins entleert wurden. Seit dieser Zeit tägliche Katheterisation, manchmal 2mal. Die letzte Zeit blutiger Urin.

Aufnahme: Sehr anämische, ziemlich gut genährte Person. Herz in normalen Grenzen; der Spitzenton und IIer Aortenton unrein. Lungen normal. Brüste secernierend. Leib

etwas vorgewölbt, weich. Promontorium und Aorta wegen Spannung der Bauchdecken nicht zu fühlen. Vulva geschlossen. Im Introitus etwas stärkere Sekretion; derselbe ist mittelweit.

Portio vor der Spinallinie, weich, fest im Introitus stehend. Aeusserer Muttermund für die Fingerkuppe eingängig. Innerer Muttermund geschlossen. Uterus kindskopfgross, bis zum Nabel reichend. Durch das Vaginalgewölbe fühlt man den vergrösserten Uterus, fast das ganz kleine Becken einnehmend. Promontorium nicht erreichbar. Adnexe nicht abzutasten.

Durch den Katheder werden 1050 ccm eines tief dunkelroten, etwas getrübten, übelriechenden Urins entleert. Urin von 1015 spez. Gew. Zucker — negativ. Sehr viel Eiweiss.

Das Sediment besteht aus harnsaurem Natron, roten und weissen Blutkörperchen, Epithelien verschiedener Art, hyalinen Zylindern. Diagnose: Retroflexio uteri gravidi partialis.

10. V. T. 37,7, P. 104. Während der Nacht Abgang von Urin. Kathererisation 4 mal täglich. Patientin wird in der Klinik vorgestellt. Befund: Leib vorgewölbt. Prominenz bis zu dem Nabel reichend, dem schwangeren Uterus entsprechend. Unebenheiten zu fühlen. Keine Tumoren.

Innerlich: Introitus mässig weit. Vagina sehr stark erweitert. Portio steht stark nach vorne. Muttermund klafft etwas. Uterus vorne und besonders im hinteren Vaginalgewölbe zu fühlen. Ein kleines Segment des Uterus fest im kleinen Becken.

2. V. T. 36,8, P. 82. Uterus steht in Nabelhöhe. Stuhlgang ist erfolgt. Urin mehrmals spontan entleert; trotzdem fliessen bei der Untersuchung ca. 200 gr. ab, und 300 gr. entleert der Katheter. Uterus Segment im kleinen Becken, links mehr nachgiebig, rechts mehr fixiert. Portio steht nach vorne.

13. V. T. 37,0, P. 100.

Patientin uriniert spontan. Entleerter Urin ist noch trüb. Es gelingt auch darauf, in der Knieellenbogenlage eine Menge Urin auszupressen. Der Uterus kann aber nicht ganz gehoben werden.

14. V. T. 37,0, P. 104.

Spontane Entleerung einer ziemlich reichlichen Menge gelblich gefärbten, wenig getrübten Urins. Albumen $1^0/_{00}$.

16. V. T. 37,5, P. 104.

Portio steht noch in der Rima pudendi. Links ist der Kreuzbeinhöcker gut abzutasten, rechts aber weniger gut. Urinieren ohne Beschwerden.

18. V. Patientin fühlt sich wohl, steht auf.

Fall XI. 264/1908. VII. 10.

E. A , 26 Jahre alt, II-para, gravida mens IV. Erste Menstruation mit 17 Jahren, anfangs unregelmässig, später immer regelmässig. Letzte Periode Ende März. Erster Partus, Schwangerschaft und Wochenbettverlauf normal. Kind lebt.

Patientin klagt seit einigen Tagen über Beschwerden beim Wasserlassen; selbst kann sie jetzt nicht urinieren. Urin geht tropfenweise ab. Patientin hat dabei starke Schmerzen.

Die innere Untersuchung ergab: Corpus uteri vergrössert. Fundus uteri steht 3 Querfinger oberhalb der Symphyse. Portio steht vorne hoch oben. Der Douglas ist durch einen prallen Tumor ausgefüllt, der sich in continuo in den Uterus fortsetzt. Urin trüb, enthält viele Leucozyten.

Diagnose: Retroflexio uteri gravidi partialis. Cystitis. Es wird der Patientin Bettruhe verordnet, Katheterismus, Blasenspülungen, Wildunger Wasser, Salol und Fol. uv. ursi.

Klinische Beobachtung:

10. VII. Eine Stunde nachdem die Patientin urinierte, wird durch Katheter eine grosse Menge trüben Urins entleert. Nach der Entleerung steht der Fundus uteri, der vorher etwas über Nabelhöhe war, handbreit unter dem Nabel.

13. VII. In Knieellenbogenlage wird der Uterus ohne besondere Mühe nach vorne gebracht, danach lässt sich mit dem Katheter sehr viel Urin entleeren.

18. VIII. Patientin uriniert seit 14. VIII. spontan. Allgemeinbefinden ist gut. Patientin verlässt morgen die Klinik.

Dührssen meint, dass eine wirkliche Retroflexio uteri gravidi partialis aus einer Retroflexio uteri gravidi hervorgeht,

indem die vordere Wand des Uteruskörpers in das grosse Becken hineinwächst. Er stellt die Frage; „Woher es kommt, dass die Retroflexio partialis als solche bestehen bleibt?“ Und als Antwort dafür gibt er folgende 4 Arten der Retroflexio uteri gravidi partialis an:

1. Eine solche, die eine Folge der Einklemmung eines total retroflektierten, schwangeren Uterus ist.

2. Eine solche, die infolge perimetritischer Verwachsungen der hinteren Corpuswand des retroflektierten schwangeren Uterus entsteht.

3. Eine solche, die infolge von alten Schrumpfungen der Serosa der hinteren Corpuswand des retroflektierten schwangeren Uterus entsteht.

4. Eine solche, die durch enges Becken oder Tumoren entsteht.

Symptome und Verlauf.

Durch derartige schwere Stellungsveränderungen des Uterus werden die Nachbarorgane erheblich in Mitleidenschaft gezogen; am wichtigsten ist das Verhalten der Ligamenta lata und der in ihnen verlaufenden Organe, des Rektum und vor allem das Verhalten der Blase.

Die Ligamenta lata werden torquiert, wie das Mesenterium bei der Achsendrehung des Darmes, die schwachwandigen Venen werden komprimiert; die Folge ist Blutstauung im Uterus. Diese Blutstauung ist in den meisten Fällen die Ursache für die häufig eintretende Unterbrechung der Schwangerschaft; für den spontan eintretenden Abort. Es kommt infolge derselben zu Blutungen in der Decidua; diese, an sich gering, führen zu weiteren Gewebszertrümmerungen, diese zu weiteren Blutungen, bis der Circulus vitiosus des beginnenden Abortus in Gang gebracht ist.

Das Rektum wird insoweit in Mitleidenschaft gezogen, als es durch das hinten liegende, allmählich das Becken gänzlich ausfüllende, Corpus uteri quer komprimiert und sein Lumen zu einem schmalen, nur dünnen Fäces den Durchtritt gestattenden Spalt verengt wird.

Das Peritoneum fand man in den Fällen, in welchen durch Autopsie oder Laparotomie der Befund erhoben werden konnte, verändert. Häufig wurden Pseudomembranen und Filamente, welche Uterus und Nachbarorgane verbanden, gefunden.

In denjenigen Fällen, welche zum Exitus kamen, ist nicht selten frische Peritonitis in Gestalt von fibrinösen Belägen der Organe, des Uterus, der Blase, von frischen Verlötungen, besonders dieser beiden Organe, von flüssigen, hellen oder trüben Exsudaten, angetroffen worden.

Die übrigen Organe tragen in den Fällen, wo Sepsis in akuter und mehr pyämischer Form die Todesursache geworden ist, die hierfür charakteristischen Veränderungen von Leber, Nieren, Milz und Herzfleisch.

Am allerwichtigsten aber ist das Verhalten der Blase. „Bei der Retroversio — flexio des schwangeren Uterus bedeutet dieses nichts und die Blase alles". (Pinard-Varnier). Die Harnblase erleidet durch die Lageveränderungen des Uterus eine schwere Lage- und Formveränderung. Küstner schildert sie folgenderart: „Der mit der Cervix fest verbundene Teil der Harnblase rückt nach oben aus dem Becken heraus, das ist gleichbedeutend mit einer totalen Dislokation der Blase in den Bauchraum hinauf. Ist die Schwangerschaft in den 4.—5. Monat vorgerückt, so kann, was besonders bei Retroversio der Fall ist, die Portio die hintere Blasenwand soweit nach vorn vortreiben, dass die Blase dadurch in zwei Abschnitte geteilt wird."

Diese Dislokation der Blase hat schwere Funktionsstörungen zur Folge; das Lumen kann sich nicht bis zu einem ideellen Nichts zusammenziehen; es bleibt nach der Entleerung viel Residualharn in der Blase zurück. Ein weiterer Umstand, welcher die völlige Entleerung der Blase hindert, ist die Zerrung, welche die Harnröhre durch das Nachobenrücken der Blase erfährt, ist weiter die Kompression dieses Organteiles gegen die Symphyse durch die nach vorn tretende Cervix. Diese schwere Funktionsstörung hat zunächst Mikrobeneinwanderung in die Blase von der Harnröhre aus zur Folge; Folge davon — Entzündung der Blasenschleimhaut.

Da alle Schädlichkeiten weiter wirken, so greift die Entzündung auch auf tiefere Schichten der Blasenwand über, sie gewinnt an Intensität, die Ernährungsstörung des betroffenen Gewebes wird schliesslich eine absolute und es kommt zu mehr oder weniger tiefgreifender Nekrose. In solchen Fällen kann durch einen dessecierenden Entzündungsprozess die ganze Blasenschleimhaut, eventuell mit angrenzender Muskelschicht, eliminiert werden. Diese findet sich als zusammenhängender Sack in der Blase, welcher als solcher, oder in einzelnen Fetzen zersprengt, falls der Tod nicht eintritt, ausgeschieden wird. Solche umfänglich zusammenhängende Gewebsmassen sind es, welche der Urinentleerung, der spontanen, wie auch der durch Katheter angestrebten, erneute Schwierigkeiten bereiten.

Stöckel hat die seltene Gelegenheit, zwei Fälle von Gangrän der Blase infolge Incarceration des graviden Uterus nach Ablauf des Prozesses cystoskopisch zu untersuchen; in beiden Fällen hatte sich die Gangrän auf die ganze Blase und zwar am stärksten auf den Blasenvertex erstreckt, und es bestand eine narbige Schrumpfblase mit bizarren Wandverzerrungen und Divertikelbildungen. Nicht nur die Schleimhaut, sondern auch die innere und sogar die mittlere, im Wesentlichen zirkulär angeordnete Schicht der Muscularis war der Nekrose zum Opfer gefallen, was aus der Beschaffenheit des Orificium internum urethrae und der beiden Ureterenmündungen hervorging. Alle diese Oeffnungen klafften, weil die Sphinkteren nicht mehr vorhanden, respektive geschädigt waren. Der Sphinkter vesicae internus stellte eine dünne, blasse, rötliche Falte dar, die einen insufficienten Abschluss der Blase bildete. Die Folge war Inkontinenz und fortwährendes Harnträufeln. Die beiden Ureterenmündungen waren in hochgradiger Weise verunstaltet. Von kleinen spalt-, resp. schlitz- oder grübchenförmigen Oeffnungen, von Ureterenwülsten, überhaupt von einem annähernd normalen Trigonum Lieutaudii war nichts zu sehen. Dagegen waren unmittelbar hinter dem Sphinkter vesicae internus zwei ungeheuer grosse, im cystoskopischen Bilde tief schwarz erscheinende, glattwandige Knoten zu sehen, welche Aehnlichkeit mit Divertikeln

hatten. Sie waren 15 bis 20 mal so gross wie normale Ureterostien. Dabei fehlte jede Ureteraktion. Die Krater blieben starr, der Urin rieselte kontinuierlich heraus (Wertheim).

Es kommen auch starke Blasenblutungen vor, die aber doch zu den Seltenheiten gehören. Es kommt vor, dass sich bei Verschleppung der Erkrankung dem eitrigen, ammoniakalisch zersetzten Urin Blut beimischt. Diese blutigen Beimengungen gelten als ein schweres, auf tiefgehende Erkrankung der Blasenmukosa deutendes Symptom und werden als Vorläufer der beginnenden Gangrän der Blasenschleimhaut angesehen, da sie die natürliche Folge der Ulceration und Nekrose der Blutgefässwände sind. Wesentlich verschieden von dieser Aetiologie sind nun andere Fälle, wo nahezu reines oder mit relativ wenig Urin vermischtes Blut die Blase erfüllt. In den ganz wenigen Fällen von starken Blasenblutungen, die sich in der Literatur finden, haben die Autoren nur Vermutungen über die Ursache dieser äusserst bedrohlichen Komplikation. Einen Fall beschrieb Kroner, einen anderen aus der Münchner Frauenklinik beschrieb Privatdozent Baisch. Die Patientin war trotz heftigster Blasenbeschwerden, und obwohl die Symptome in unzweideutiger Weise die Diagnose herausforderten, niemals katheterisiert, sondern vom Arzt auf das Ende der Schwangerschaft vertröstet worden.

Sie hatte im Beginn des vierten Monats ihrer 5. Schwangerschaft ziemlich plötzlich Beschwerden beim Wasserlassen bekommen und den Urin nur unter starkem Pressen entleeren können. Sie half sich bald dadurch, dass sie mit beiden Händen auf die Unterbauchgegend drückte und so den Urin auspresste. Anfangs war der Urin ganz klar, in den nächsten Tagen wurde er blutig und bald kam scheinbar nur noch reines, dunkles Blut, dem grössere Gerinnsel beigemengt waren.

Bei der Aufnahme in die Klinik fand sich eine typische Retroflexion und Incarceration; die Portio stand kaum erreichbar am oberen Rand der Symphyse. Der Katheter entleerte eine grosse Quantität flüssigen Blutes. In Narkose gelang die Reposition leicht und durch kräftiges Ausdrücken

der Blase wurde noch eine beträchtliche Menge von Gerinnsel entleert.

Die Besserung war eine unmittelbare, der Urin verlor schon am nächsten Tage seine Blutfarbe und wurde bald völlig klar.

Von besonderem Interesse war nun der cystoskopische Befund. Schon am 3. Tage nach der Reposition war der Urin klar, so dass die Erhebung eines ganz reinen Bildes möglich wurde. Es fand sich keine Spur einer Cystitis. Die Schleimhaut war überall vollkommen rein, ohne Belag, ohne Trübung, ohne entzündliche Gefässinjektion. Nirgends fand sich ein Ulcus oder ein Defekt. Dagegen fielen zwei Dinge in die Augen, einmal waren die Gefässe, speziell die Venen, überall stark erweitert und zum anderen fand sich im untersten Abschnitte der Blase ein erhebliches bullöses Oedem.

Abszesse in der Blasenwand oder auch in der unmittelbaren peritonealen Umgebung der Blase sind nicht selten. Durch diese Prozesse wird die Blasenwand aufs Aeusserste verdünnt, so dass nur ganz dürftige Wandpartien übrig bleiben. Besteht die Ausdehnung durch übermässige Füllung weiter, oder gesellen sich gröbere mechanische Insulte hinzu, so kommt es zur Zerreissung der Blase.

Der Verlauf und die Symptome der Retroflexio uteri gravidi können sich, wie schon oben erwähnt, sehr verschieden gestalten.

Erhebt sich unter normalen Verhältnissen der Uterus etwa nach der 12. Woche der Schwangerschaft aus dem kleinen Becken in das grosse hinauf, so kann das der retroflektierte Uterus nicht ohne weiteres tun. Seine Wachstumsrichtung zielt jetzt nicht mehr nach oben, sondern gegen die Höhlung des Kreuzbeines, seine vordere Wand sieht gegen den Beckeneingang, der Uterusgrund wird von dem Promontorium überdacht. Trotzdem beobachten wir sehr häufig eine spontane Reposition des fehlerhaft gelegenen Uterus, vorausgesetzt, dass dieser nicht zu grosse Hindernisse entgegenstehen. Bei mehr oder weniger günstigen Verhältnissen begibt sich der retroflektierte Uterus im vierten Monat schon in eine Mittelstellung zwischen Retroflexio und Normallage und wächst

dann in dem folgenden Monat aus dem Becken heraus, sodass er im fünften Monat mit seinem grössten Teil sich über dem kleinen Becken befindet.

Die Kräfte, welche den fehlerhaft liegenden Uterus in den Bauchraum hinaufheben, sehen einige Autoren in der Tätigkeit der Ligamenta rotunda; Chrobak sah sie in der Wirkung und Kontraktion der Wandmuskulatur des Uterus und in der Wirkung der in den Douglasfalten verlaufenden Muskelbündel. Er vertritt die Ansicht, dass durch die Verkürzung der Muskulatur der gedehnten vorderen Uteruswand der Fundus der Symphyse genähert wird; ist die Portio, wie es bei Retroflexio uteri gravidi der Fall ist, der Symphyse angepresst, so stellt sie das Punktum fixum dar, um welches der Uterus sich allmählich nach oben dreht.

Dieser Auffassung ist man mehrfach entgegengetreten, zum Beispiel Lehmann, dagegen andere wie Cioja, Gottschalk, Dührssen u. a., neigten derselben zu.

Küstner sagt: „Ich möchte glauben, dass bei der Spontanreposition nicht die Verkleinerung des Uterus durch die Kontraktion, sondern seine Vergrösserung durch das Wachstum ein ganz dominierender Bewegungsfaktor ist. Entwickelt sich die Plazenta an der vorderen Wand, oder nahe derselben, so wächst diese schneller und stärker als die hintere, sie wird in ihrem Wachstum, da sie in den freien Bauchraum hineinragt, durch das beengende Becken nicht behindert; wölbt sie sich erst über die Beckeneingangsebene in den Bauchraum hinauf, so kann leicht ein mechanischer Zufallsakt, wenigstens bei Retroflexio, den noch im Becken liegenden Rest des Uterus aus dem Becken herausheben."

Als Beispiel für die spontane Repositio des retroflektierten graviden Uterus möchte ich folgende Fälle beibringen:

Fall IV. 186/1900. VII. 2.

B. T., 31 Jahre alt, 7 para gravida mens II. Menstruation trat mit 17 Jahren ein, 6 Tage dauernd, regelmässig. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettverlauf immer normal. Alle Kinder lebend geboren.

Nach dem letzten Partus tritt die Periode im März ein, 5 Tage lang. Im April 10tägige Periode mit starker Blutung. Im Mai bleibt sie aus. Im Juni tritt die Periode wieder 8 Tage lang sehr stark ein.

Im Winter hatte Patientin öfters Unterleibsschmerzen. Mit Beginn der letzten Periode traten die Schmerzen im Leib wieder sehr heftig auf, die auch bis zum Eintritt in die Klinik anhielten. Die Schmerzen sind besonders in der linken Unterleibsseite, strahlen auch in das Kreuz, ebenso in das linke Bein bis zum Knie hinab.

Befund bei der Aufnahme: Mittelgrosse Patientin von mässigem Ernährungszustande. Herz und Lungen normal. Brüste secernierend. Leib bis zum Nabel vorgewölbt. Promontorium und Aorta infolge der Spannung nicht zu erreichen. Die beiden Seiten oberhalb des Poupart'schen Bandes sehr schmerzhaft. Perkussion ergibt überall tympanitischen Schall bis in die tiefgelegenen Partien.

Vulva klafft. Scheide mittelweit, erweitert sich beträchtlich nach oben. Portio vorne über der Spinallinie. Muttermundquerspalt für die Fingerkuppe eingängig. Lippen beträchtlich verdickt und aufgelockert. Hinter der hinteren Lippe fühlt man das Corpus uteri, in mässiger Härte sich beiderseits an den Beckenrand und hinten bis an das Steissbein erstreckend. Tuben und Mutterbänder nicht zu fühlen; schleimig blutige Sekretion. Urin ohne Albumen. Im Sekret Eiterkörperchen, ziemlich viele Gonococcen, Staphylococcen und vereinzelte Streptococcen.

Diagnose: Retroflexio uteri gravidi. Der Patientin werden Bettruhe und temperierte Umschläge verordnet. In 8 Tagen verlässt sie beschwerdelos die Anstalt. Spontanaufrichtung des retroflektierten graviden Uterus.

Fall VII. 216/1901. X. 24.

S. L., 26 Jahre alt, II para gravida mens IV. Periode trat mit 14 Jahren ein, 4 Tage dauernd, regelmässig, stark mit Krämpfen und Schmerzen verbunden.

1898 Spontangeburt, Schwangerschaft und Wochenbettverlauf normal.

Letzte Periode war anfangs Juli.

Am 23. X. verspürte Patientin plötzlich einen stechenden Schmerz, für dessen Entstehung sie keinen Grund angeben kann. Zu gleicher Zeit trat ein heftiger Drang zum Wasserlassen auf. Nachdem die Patientin urinierte, hörten die Schmerzen allmählich auf. Patientin bemerkte im Laufe der nächsten Zeit noch 2—3mal gleiche Erscheinungen und am 24. Abends kam sie in die Klinik.

Befund bei der Aufnahme: Mittelgrosse Person von gutem Ernährungszustande. Schleimhäute anämisch. Herz und Lungen normal. Brüste breit aufsitzend. Warzenhof pigmentiert. Auf Druck entleert sich Colostrum. Vulva geschlossen. Vagina weit. Uterus retroflektiert und sehr aufgelockert.

Es wird der Patientin vollkommene Bettruhe und Eisblase verordnet. Durch den Katheter werden 2 Liter Urin entleert.

26.: Patientin kann selbst Wasser lassen, spürt jedoch starkes Brennen dabei und Schmerzen im Abdomen. Auf Einlauf Stuhlgang.

28.: Während der Nacht krampfartige Schmerzen im Abdomen. Tagsüber Befinden gut. Die Untersuchung ergibt: Rechts im Abdomen drei Querfinger unter dem Nabel eine teigige Konsistenz zu fühlen, die nicht druckempfindlich ist.

Portio uteri hinter der Spinallinie nach hinten stehend errodiert. Corpus uteri nach vorne dem erwähnten Tumor entsprechend, kindskopfgross. Linkes Parametrium und Ovarium frei, linke Tube leicht geschwollen. R. Parametrium verkürzt und druckempfindlich. Adnexe nicht vergrössert.

30.: Da die Patientin sich vollkommen wohl fühlt, verlässt sie heute die Klinik.

Ein sehr häufiger Ausgang der Retroflexio uteri gravidi ist der Abort. Er erfolgt meistens im 2.—3., seltener im 4. Monat. Das Beginnen des Abortes signalisiert sich durch Blutungen. Küstner sieht in den initialen Blutungen die

Folgen von decidualen Zertrümmerungen, welche die Folge der Blutstauung in dem fehlerhaft gelegenen Uterus sind, der Stauung, die durch die Torsion der Ligamente und Kompression der Uteruswand zustande kommt.

Unbedeutende Blutungen beginnen oft schon im 2. Monat. Sie werden allmählich stärker und der dadurch zustande kommende Inhaltszuwachs des Uterus regt Kontraktionen an, dadurch kommt es zu weiteren Abtrennungen des Eies, bis schliesslich dieses ausgestossen wird (Fall XIV).

Durch rechtzeitige Reposition des retroflektierten Uterus ist man häufig imstande, den beginnenden Abort zu sistieren.

Fall XV. 7. VI. 10.

H. R., 25 Jahre alt, III-para, gravida mens III. Erste Periode mit 18 Jahren, 8 Tage dauernd, mittelstark, regelmässig. Letzte am 13. III. Zweimal spontan geboren. Schwangerschaft und Wochenbettverlauf normal.

Patientin klagt über starke Schmerzen und Drängen im Unterleib. Seit 5 Tagen geht aus den Genitalien Blut ab. Stuhlverstopfung.

Innere Untersuchung ergibt: Vagina aufgelockert, livide verfärbt. Portio weich, zwei Querfinger unterhalb der Spinallinie, Corpus uteri weich, doppelt faustgross, Konsistenzwechsel, retroflektiert aber beweglich, dem im 3. Monat graviden Uterus entsprechend.

Es wird in Narkose der retroflektierte Uterus reponiert und durch ein Hodge Pessar in dieser Lage festgehalten.

8. VI.: Patientin fühlt sich wohl. Keine Blutung mehr, auf Einlauf Stuhl.

12. VI.: Da die Schmerzen und Blutungen aufgehört haben und die Patientin sich ganz wohl fühlt, wird sie entlassen.

Wenn die Reposition nicht vorgenommen und das Ei ausgestossen wird, so bleibt der Uterus in der retroflektierten Lage liegen; die Frau wird bald wieder gravid und abortiert wiederholt. So wird die Retroflexio eine der häufigsten Ursachen für den habituellen Abort. Und der fehlerhaft liegende Uterus muss konsequent behandelt werden.

Erfolgt der Abort in der Zeit vom 2. bis 4. Monat nicht, erfolgt auch die Spontanaufrichtung des Uterus nicht, so bleibt er in fehlerhafter Lage im Becken liegen, er füllt es vollkommen aus, und es treten diejenigen schweren Störungen auf, welche als Incarcerationsstörungen des retroflektierten Uterus bezeichnet werden.

Durch die Kompression der Harnröhre wird die Urinentleerung immer schwieriger und schliesslich ganz unmöglich. Statt dessen stellt sich dann meistens ein ständiges Harnträufeln ein; diesen unwillkürlichen Urinabgang bei kolossal ausgedehnter und gefüllter Blase bezeichnet man als Ischuria paradoxa. Fall XIV und

Fall VIII. 8/1906. I. 10.

A. A., 26 Jahre alt, II-para, gravida mens IV. Mutter an Wassersucht, Vater an einem unbekannten Leiden gestorben.

Menstruation mit 12 Jahren, 6 Tage dauernd, stark, regelmässig. Ein Abortus. Letzte Periode vor 4 Monaten.

Seit 8 Tagen leidet die Patientin an starken Kreuzschmerzen, gleichzeitig besteht hartnäckige Obstirpation, so dass bei der sehr anstrengenden Defaekation in den letzten Tagen heftige Blasenschmerzen auftraten. Auch will Patientin zeitweise beim Pressen das Gefühl gehabt haben, als trete die Gebärmutter herunter. Vor 8 Tagen will die Patientin noch ganz gesund gewesen sein, später habe sie bemerkt, dass sie nicht spontan urinieren konnte. In den letzten Tagen geht der Urin von selbst ab.

Befund bei der Aufnahme: Grosse Patientin von kräftigem Knochenbau und starker Adipositas.

Lunge: Ueber der rechten Spitze verschärftes Atmen. Herz normal. Brüste gross; auf Druck entleert sich Colostrum.

Leib zuerst hoch gewölbt, fast bis zum Processus Xyphoideus reichend. Nach Entleerung der Blase nur noch mässige Wölbung. Aus dem kleinen Becken ragt fast bis zum Nabel der Uterus herauf.

Vulva geschlossen. Vestibulum von bläulicher Farbe. Uretra sezernierend. Vagina ziemlich eng, aufgelockert.

Portio in der Interspinallinie weich. Aeusserer Muttermund für den Finger durchgängig, innerer geschlossen. Uterus mannskopfgross von weicher Konsistenz, mit einigen harten Stellen. In ihm Kindesteile fühlbar. Douglas von einem Tumor erfüllt, der dem Uterus angehört. Adnexe nicht zu palpieren.

10. Es werden 300 ccm Urin mittelst Katheter entleert. Urinuntersuchung ergibt; Spez. Gew. 1012. Reakt. sauer, Eiweiss und Zucker negativ. Im Sediment rote und weisse Blutkörperchen, Epithelien verschiedener Art und Mucin. Es werden der Patientin strenge Bettruhe und Scheidenspülungen verordnet.

13. Gestern Abend wurden 1000 ccm Urin mittels Katheter entleert, heute 1100 ccm. Im Laufe des Tages urinierte Patientin 3 mal spontan.

16. Patientin entleert in 24 Std. 1900 ccm Urin spontan, 120 ccm mittelst Katheter.

Cystoskopische Untersuchung ergibt: Blase ausserordentlich geräumig, mit 500 ccm Füllung noch lange nicht völlig ausgedehnt. Schleimhaut von gewöhnlicher Farbe, frei von Entzündungserscheinungen. Sphinkter scharf begrenzt; mässige Balkenentwicklung im Fundus.

23. Patientin uriniert spontan und fühlt sich ganz wohl.

24. Uterus steht zwei Querfinger unter dem Nabel — Blasenfunktion tüchtig. Patientin fühlt sich ganz wohl, sie verlässt heute die Klinik.

Durch die Unfähigkeit den Urin völlig zu entleeren, durch die Stauung und die Einwanderung von Mikroben beginnt auch die Muskulatur der Blase allmählich zu erlahmen und es kommt zu ganz enormen Ansammlungen von Urin. Man kann sich einen Begriff von der enormen Kapazität der Blase machen, wenn man bedenkt, dass von Praag mehr als 21 med. Pfund, Hounch Martin 8 Pinten, John Lynn 10 Pinten, Hunter 8 Quart, Wynn Williams 2 grosse Nachttöpfe voll und Küstner gegen 10 Liter Urin in der Blase antrafen.

Bis es zu einer enormen Ektasie gekommen ist, ist meist schon die Blasenwand schwer geschädigt, es ist durch Einwanderung von Mikroben zur umfänglicheren Gangrän der Schleimhaut und auch der Muskulatur gekommen. Die gangränösen Fetzen der Blasenschleimhaut und Blasenwand mischen sich dem Urin bei, derselbe sieht trübe, braun aus und ist untermischt mit massenhaften Fetzen abgestorbenen Gewebes, entleert, verbreitet er einen furchtbaren Gestank. In diesem Stadium ist der Zustand bereits in hohem Masse lebensbedrohend und auch ohne dass eine weitere Katastrophe erfolgt, kann der Tod infolge von Sepsis, von der Blase ausgehend, eintreten (Küstner).

Das Peritoneum bleibt bei hochgradiger Blasengangrän nicht unbeteiligt. Es entwickelt sich Peritonitis: bleibt es nur bei Adhäsionenbildungen, so können diese das Zerreissen der Blase noch etwas aufhalten.

In anderen Fällen schützen diese nicht davor und es kommt zum Bersten der Harnblase, Einfliessen des fauligen Urins in das Peritoneum und schnell eintretendem Exitus infolge akutester peritonealer Sepsis.

Gelegentlich kommt es zum Durchbruch der Blase durch den Urachus und den Nabel (Untenberger, Robinson, Neugebauer, Valée). Kommt es nicht zur Zerreissung der Blase, so kann der Tod an Urämie eintreten. Das Rektum wird von dem grossen Uterus komprimiert, die Defäkation und die Entleerung von Flatus werden behindert.

Wenn diese Störungen auch durchaus lästig empfunden werden, so erreichen sie doch nur ganz selten einen so hohen Grad, dass Flatus und Kotabgang völlig behindert werden.

Es sind nur wenige Fälle von wirklichem Ileus bei Retroflexio uteri gravidi beschrieben — z. B. von Treub, Gottschalk und Heymann mit letalem Ausgang, ein 4ter von Küstner beobachteter und von Dienst beschriebener ist gerettet worden.

In anderen Fällen erfolgt der Tod mehr unter dem Bilde der Pyaemie, der Erschöpfung oder der Pneumonie. Ich möchte über einen interessanten Fall der Retroflexio uteri gravidi mit stark ausgeprägter Ischuria paradoxa, bei

dem es zum Abort und schliesslich zum Exitus gekommen ist, berichten.

Fall XIV. 39/1910. I. 18.

S. W., 29 Jahre alt, I-para, gravida mens V. Vater der Patientin an Schlaganfall, Mutter an Herzwassersucht gestorben. Eine Schwester und Bruder an Lungentuberkulose gestorben.

Erste Periode mit 15 Jahren, regelmässig, die letzte 1. Oktober, sehr schwach.

Patientin klagt über Schmerzen im Unterleib. Seit einer Woche kann sie das Wasser angeblich nicht mehr halten.

Mittelkräftige Patientin von mässigem Ernährungszustand. Herz und Lungen normal. Bauchdecken sehr gespannt. Vulva von livider Verfärbung. Vagina kurz. Hintere Scheidenwand invertiert, im Introitus sichtbar.

Portio in der Interspinallinie einen weichen, konischen Zapfen darstellend. Fundus uteri in Nabelhöhe. Uterus sehr prall. Im Douglas ist ein ziemlich grosser Tumor zu fühlen.

Es werden mehrmals Versuche gemacht, den retroflektierten Uterus zu reponieren, zuerst ohne, dann in Narkose, aber vergeblich.

Patientin fieberte die ganze Zeit. Am 8. II. bekommt sie starke Wehen und am 9. um 12.36 Uhr wird ein 21 cm langes, 700 gr schweres, lebendes Kind geboren, das nach 15 Stunden abstirbt. Placenta spontan.

Vom 8. bis zum 18. schwankte die Temperatur von 39,5 bis 40. Am 18. verlässt Patientin trotz des Fiebers und gegen den ärztlichen Rat die Klinik. Urin ist sehr trüb, Eiter- und bluthaltig. Ende des Monats kommt die Patientin zu Hause, wohl infolge einer ascendierenden Pyelonephritis, ad Exitum.

Bei der Retrofl. ut. grav. sind die subjektiven Schwangerschaftserscheinungen oft deutlicher ausgeprägt. Empfindung der Schwere, der vermehrten Spannung, des Ziehens und Drängens. Stärkere Venenerweiterungen der unteren Extremitäten. Auch ist von Gottschalk Nasenbluten, von Aud-

bert Speichelfluss beobachtet worden — Erscheinungen, die, durch die Retroflexio erzeugt anzusehen sind, weil dieselben mit der Reposition schwanden.

Eine interessante und seltene Komplikation der Retrofl. uter. grav. incarcerat. ist von Orthmann beobachtet worden. Er schreibt: „Der in obigem Fall ausserdem beobachtete Ikterus scheint eine besonders seltene Komplikation zu sein, es handelt sich bei demselben wohl um das Zeichen einer vorübergehenden Allgemein-Infektion.

Diagnose.

Die Diagnose der Retroflexio uteri gravidi ist in den meisten Fällen nicht besonders schwer. Für dieselbe sind sowohl die Anamnese als auch der objektive Befund ziemlich charakteristisch. Findet sich die Portio vorne, hinter der Symphyse, das Becken ausgefüllt von einem weichen, elastischen Tumor, ist dabei ein Uteruskörper an normaler Stelle nicht nachweisbar, dann kann die Diagnose im Zusammenhalt mit dem Ausgebliebensein der Menses und anderer auf Schwangerschaft deutender Zeichen mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Retroflexio uteri gravidi gestellt werden. Kommen hierzu noch die Erscheinungen der kürzer oder länger bestehenden Urinverhaltung, so wird die Diagnose fast sicher. Allerdings ist eine Verwechslung mit retrouterinen Tumoren im Bereiche der Möglichkeit. Dieselben betten sich bekanntlich manchmal enorm tief ins kleine Becken ein und bewirken durch Verdrängung des Uterus eine ähnliche Verlagerung der Portio vaginalis, wie die Incarceration des graviden Uterus. Auch Urinverhaltung kommt bei ihnen vor, wenn auch nicht in so hohem Grade und nicht in solcher Hartnäckigkeit. In einer Reihe dieser Fälle lässt sich der Fundus uteri an der vorderen Fläche des Tumors abgrenzen, in anderen Fällen lässt die Konsistenz des Tumors und die genaue Berücksichtigung der Anamnese die Unterscheidung treffen. Besonders bei der graviditas tubaria, die zur Bildung einer grossen retrouterinen Haematocele geführt hat, kann die Unterscheidung grosse Schwierigkeiten bieten.

Die Anamnese gibt hier keine Handhabe, und was den Befund betrifft, so erscheint der Uteruskörper manchmal in die Blutgeschwulst gleichsam eingelegt, und auch die Konsistenz der Haematocele kann der eines schwangeren Uterus vollkommen gleich sein. Die Sondierung des Uterus, wie Wertheim angibt, wäre eventuell in solchen Fällen geeignet, eine Aufklärung zu schaffen.

Die Tastung vom Abdomen her ist oft wegen hochgradiger Empfindlichkeit erschwert, die stark gefüllte Blase wird als solche häufig nicht unmittelbar erkannt, sondern als cystischer Tumor angesprochen. Die Kasuistik der Irrtümer ist sehr gross. (v. Praag, Barnes, von Berge, Fabricius, Kerr, Giles, Boldt, Franz, Segond, Polosson, Mann, Daris, Doran, du Costa etc. etc.)

Verhängnisvoller ist allerdings eine Verwechslung im umgekehrten Sinne, wenn also eine Haematocele retrouterina, resp. eine Extrauteringravidität für einen retroflektierten schwangeren Uterus gehalten wird und an diesem die Repositionsversuche angestellt werden, die nicht selten infolge einer inneren Blutung zum baldigen Exitus führen.

Der Fall XVI kann als Beispiel dafür dienen.

Fall XVI. 175/1900 VI. 21.

N. M. 28 Jahre alt, III-para, gravida mens II. 1 partus Steisslage, ärztliche Hilfe, Kind tot, Wochenbettfieber. Patientin lag 7 Wochen zu Bette.

II partus Geburt, Schwangerschaft und Wochenbettverlauf normal. Erste Menstruation mit 17 Jahren, 4 Tage dauernd, stark, regelmässig, die letzte vor 2 Monaten. Seit 3 Wochen fühlt sich die Patientin krank; vor 14 Tagen verspürte sie plötzlich starke Schmerzen im Unterleib. Es trat eine Blutung ein, die 8 Tage dauerte. Die Blutung hörte auf, Schmerzen blieben aber wie vorher. 2—3 Ohnmachtsanfälle bis jetzt täglich. Schlaflosigkeit, Erbrechen.

Eine mittelkräftige, kränklich aussehende Person. Herz und Lungen normal. Brustdrüse secerniert nicht. Leib etwas vorgewölbt, ziemlich druckempfindlich, besonders in den

unteren Partien. Zwischen Nabel und Symphyse ist der Uterus durchzuführen, dessen Berührung sehr schmerzhaft ist.

Vulva geschlossen. Vagina weit. Die Scheide ist durch den herabgedrängten Uterus stark verkürzt. Portio oben über der Symphyse als Querspalt zu fühlen. Uterus kindskopfgross. Retroflexio III. Grades im kleinen Becken mit dem Fundusteil eingekeilt. Consistenz des Uterus weich. Pulsation zu fühlen. Im Urin kein Eiweiss, kein Zucker.

23. VI. Da die Patientin bei der Untersuchung am 21. fortwährend stöhnte und vor Schmerzen lebhaft reagierte, da sie ferner auf die Frage, ob sie die Periode regelmässig gehabt, angab, dass die zwei Monate ausgeblieben, da ferner der Scheidenteil hoch hinter der Symphyse kaum zu erreichen und weit hinter die Symphyse hinaufgeschoben war und der prallelastische Tumor den hinteren Beckenraum ausfüllte, so musste man zu allererst an Retroflexio uteri gravidi denken.

Die Untersuchung in Narkose aber ergab sofort, dass diese Diagnose nicht richtig sei, dass der über der Symphyse und etwas nach rechts elevierte Körper der vergrösserte Uterus ist und mit seiner Seitenkante breit zusammennängend ein dreimal so grosser Tumor vorhanden ist, welcher von unten nach oben deutliche Fluktuation erkennen lässt und eine Reihe von Abteilungen, namentlich in der Nähe des Beckeneingangs Einsenkungen und Hervorragungen zeigt. Derselbe geht also zweifellos von der linken Uteruskante aus und ist ein zusammengesetzter, fluktuierender, cystischer Tumor. Die Operation ergab eine alte Extrauteringravidität.

Der Untersuchungsbefund bei der partiellen Incarceration unterscheidet sich von dem der totalen umsoweniger, je kleiner die Aussackung der vorderen Uteruswand ist. Je weiter vorgeschritten die Schwangerschaft ist, desto grösser ist natürlich der den Becken überragende Anteil des Uterus und desto eher wird man in die Versuchung kommen, diesen für den Hauptanteil der Geschwulst oder gar für einen selbstständigen Tumor zu nehmen.

Wie Gustav Veit hervorhebt, fällt es nach Entleerung der Blase gewöhnlich nicht schwer, die Ueberzeugung zu gewinnen, dass der von den Bauchdecken aus greifbare Tumor den nach vorn und oben dislocierten Körper darstellt. Vielmehr lassen seine Form und seine Konsistenz erkennen, dass es nichts anderes sei, als ein verschieden grosses Segment der im kleinen Becken liegenden Geschwulst. Freilich besteht die Gefahr, dass die beiden Anteile des Uterus für getrennt gehalten werden, also dass der incarcerierte Anteil für ein eingekeiltes Myom oder eine Ovariengeschwulst oder umgekehrt, dass solche Tumoren für den incarcerierten Teil des graviden Uterus angesprochen werden.

Noch schwieriger gestaltet sich die Untersuchung von den im kleinen Becken befindlichen Aussackungen der hinteren Uteruswand. Man könnte die Untersuchung vom Rektum aus durchführen. Vielleicht könnte auch die genauere Anamnese zur Differenzierung herangezogen werden.

Küstner meint, dass die Fehldiagnosen mit den consekutiven therapeutischen Fehlern nicht selten die Folge davon sind, dass in dem gegebenen Falle überhaupt nicht an die Möglichkeit des Vorliegens einer Retroflexio uteri gravidi gedacht worden ist, und das kann vermieden werden, wenn zwei wichtige Gesetze die notwendige Berücksichtigung erfahren. Das eine ist ganz allgemeiner Natur, es lautet: Bei jeder Frau, welche sich im zeugungsfähigen Alter befindet, muss, wenn die Regel ausgeblieben ist, der Gedanke an das Vorliegen von Gravidität solange aufrecht erhalten werden, bis die weitere diagnostische Würdigung des Falles den Aufschluss erbracht hat.

Das zweite Gesetz lautet: In jedem Falle, in welchem seitens des Kranken oder begleitender Angehöriger Symptome berichtet werden, welche in den Rahmen der Jschuria paradoxa fallen, muss an Retroversio oder -flexio des vergrösserten Uterus gedacht werden.

Wenn das geschieht, dann ist der erste Griff, welcher zur weiteren Klärung der Verhältnisse gemacht werden muss, nach dem Katheter. Bei Verziehung der Harnröhre, wie sie

die Konsequenz der Lageabweichung ist, reicht dann der gewöhnliche weibliche Katheter nicht aus, dann wird der männliche oder einer mit Mercier'scher Krümmung genommen, und führt dieser nicht auf den gewünschten Weg, ein elastischer. Dadurch erfolgt die Entleerung der oft enorm gefüllten Blase. Ist diese leer, so gelingt es leicht, die zusammengeschobene Blase als voluminösen tastbaren Körper über der Symphyse wahrzunehmen und hinter ihr den mehr oder weniger in den Bauchraum hinaufreichenden Uterusabschnitt, dessen unmittelbarer Zusammenhang mit dem im Becken liegenden Segment unschwer nachzuweisen und in Relation zu der veränderten Stellung der Portio richtig zu deuten ist.

Ergibt der Katheterismus schwere Veränderungen des Urins, ist er trübe, tiefbraun, blutig und stinkend, sind ihm massenhafte Gewebsfetzen beigemengt, so gewinnt man dadurch wichtige Anhaltspunkte für die Beurteilung des Zustandes der Blase, über den möglichen Grad der bereits eingetretenen Nekrose oder Gangrän der Blasenwandungen.

Therapie.

Hat man die Diagnose auf eine Retroflexio uteri gravidi gestellt, so ist das Erste, was zu geschehen hat, dass die Blase entleert wird. Weist der Urin keine schwere pathologische Beschaffenheit auf, sind ihm nicht massenhafte Gewebsstückchen beigemengt, verstopft sich der Katheter nicht, kann man also darauf schliessen, dass, wenn auch vielleicht recht nennenswerte Schleimhautmykose der Blase, so doch kein tiefgreifender gangränöser Prozess vorliegt, dann verträgt die Blase den Insult, welchen eine Uterusreposition bedeutet.

Es fragt sich, soll man eine solche machen resp. anstreben? Vor zustandegekommener Incarceration kann man sich mit Rücksicht darauf, dass fast immer die Selbstaufrichtung erfolgt, unter der Voraussetzung einer mehrmaligen Kontrolle abwartend verhalten. Diesen Standpunkt nehmen auch Dührssen und Chrobak ein. Auch nach eingetretener Incerceration will eine Reihe von hervorragenden Autoren

(Barnes, Tyler - Smith. Barnsbotham) in erster Linie auf spontane Aufrichtung reflektieren. Selbstverständlich ist dann, wenn man bei bereits eingetretener Incarceration auf spontane Aufrichtung wartet, fortwährend genaue Kontrolle nötig. Manche Gynaekologen pflegen hierbei als unterstützend die permanente Einhaltung der Seiten- resp. Seitenbauchlage zu empfehlen.

Wie Pinard und Varnier betonen, darf man sich auf regelmässigen Katheterismus nur solange beschränken, als der Urin normal bleibt. Sobald Cystitis eingetreten, müsse zur Reposition geschritten werden. Denn wenn die Incarceration zu lange Zeit eingewirkt habe, dann können trotz Reposition die Folgen eintreten: Nekrose und Gangrän der Blase (Madurowicz, Kroner, Brandeis, Pinard und Varnier, Handfield - Jones u. a.), Infektion der Uretheren und Nieren, Abortus etc.

Küstner teilt diese Ansicht nicht. Er meint, dass in den ersten zwei eventuell noch im 3. Monat die Reposition des Uterus unter allen Umständen anzustreben ist; ist sie gelungen, und sind dadurch mit einem Schlage die Funktionsstörungen der Blase beseitigt, kann der Uterus ungehindert weiter wachsen. Bestand bis dahin keine nennenswerte Störung der Schwangerschaft, so tritt sie jetzt nicht mehr auf, sie verläuft glatt bis zum Ende.

Die Reposition macht man bimanuell in Rückenlage, mit zwei Fingern von der Scheide, mit der anderen Hand von den Bauchdecken aus.

Küstner gibt vier Erleichterungsmittel für die Reposition an:

1. Anhaken der Portio an eine Hakenzange, welche tief eingesetzt werden muss, da sie sonst leicht das graviditätshyperplastische Gewebe zerreist.
2. Sehr vorteilhaft ist die Beckenhochlagerung. Die lastenden Eingeweide sinken zwerchfellwärts, die obere Uterusfläche wird druckentlastet, der Uterus kann dem von der Scheide aus wirkenden Druck leicht folgen.

3. In demselben Sinn, nur noch zielsicherer wirkt die Knieellenbogenlage.
4 Inhalationsnarkose, natürlich bei Knieellenbogenlage nicht anzuwenden.

Fall IX. 166/1906. 20. VIII.

W. Th. 30 Jahre alt, I para, gravida mens IV. Vater der Pat. an Lungenentzündung gestorben, Mutter lebt, ist gesund.

Als Kind Masern; sonst will immer gesund gewesen sein. Erste Menstruation mit 15 Jahren 8 Tage dauernd, stark; die letzte anfangs Mai, 5 Tage wie gewöhnlich.

Seit 8 Tagen heftige Schmerzen im Unterleib und im Kreuz. Beschwerden beim Wasserlassen.

Befund bei der Aufnahme: Grosse Patientin von gutem Ernährungszustande, Brüste gering entwickelt. Colostrum nicht auspressbar. Leib nicht gewölbt. Pulsation der Aorta fühlbar.

Im Unterleib eine tumorartige Resistenz, die mit geringer Verschieblichkeit in das kleine Becken bis 3 Q.-Finger unterhalb des Nabels herunterragt, ziemlich median liegt, aber auf der rechten Seite noch einen kleinen, apfelgrossen, harten Vorsprung zeigt, während die Konsistenz der Hauptgeschwulst mehr elastisch zu nennen ist. Die Oberfläche scheint ziemlich glatt zu sein. Perkussionsschall über der Geschwulst gedämpft, sonst tympanitisch.

Vulva geschlossen. Vagina, Introitus mässig eng. Scheidenschleimhaut leicht bläulich, etwas aufgelockert. Die hintere Wand ist im oberen Drittel durch einen dahinter gelegenen Tumor herabgedrängt; auch die vordere im obersten Teil leicht invertiert. Portio nach links und oben hinter den horizontalen Schambeinast verschoben, etwas aufgelockert. Der äussere Muttermund für die Fingerkuppe zugänglich, Cervicalkanal für einen dünnen Bleistift durchgängig.

21. VIII. Bei der Untersuchung entspricht der Befund zunächst dem gestrigen; der Uterus liegt in Retrodextroflexio III. Grades. Es wird nun der Fundus in die Höhe gedrängt,

was ohne besondere Schwierigkeit und Schmerzen gelingt und die Portio nach hinten gebracht.

Das Organ gleitet schliesslich selbst in die reguläre Lage und behält dieselbe bei. Nun ist der Befund völlig verändert. Cervixteil nach hinten gerichtet, etwas hinter Interspinallinie, der vergrösserte bis zu 2 Q. Finger unterhalb des Nabels reichende Uteruskörper auf dem vorderen Scheidengewölbe der zuvor vorhandene spitze Tumor verschwunden. Der Douglas frei.

Die Consistenz des Uterus ist im ganzen prall elastisch, nur in der vorderen Wand unmittelbar über der Symphyse sowie auf der rechten Seite harte myomähnliche Einlagerungen zu fühlen.

23. T. 36. 9. P. 84. In der Nacht etwas Schmerzen. Der Befund des Uterus ist wie gestern, aber die harten Stellen Nachts scheinen geschwunden bis auf die über der Symphyse.

24. Pat. behauptet, im Liegen mehr Schmerzen als beim Aufsein zu haben. Uterusbefund derselbe, nur dass heute harte Stellen links erscheinen, die vermutlich als partielle Kontraktionen gedeutet werden müssen. Stuhlgang und Appetit.

29. T. 36.7 P. 84. Von aussen fühlt man den Uterus links in der Höhe des Nabels eine orangengrosse sehr harte Partie, während das Organ im übrigen die gewöhnliche für Schwangerschaft charakteristische Consistenz zeigt, die Portio steht in der Interspinallinie, der Uteruskörper befindet sich in der regulären Lage.

Pat. fühlt sich ganz wohl und verlässt heute die Klinik.

Nach der Reposition ist ein Pessar in die Scheide einzuführen. Meist genügt ein einfacher, grösserer Hodge. Will man etwas energischer durch das Pessar wirken, so nimmt man einen Smith. Das Pessar wird bis zur 20. Woche getragen, und kann dann ohne Besorgnis entfernt werden, denn dann liegt der Uterus sicher gut.

Waren bereits Blutungen als Symptom des beginnenden Aborts, so ist die Reposition häufig in der Lage, die Abor,

tivtätigkeit des Uterus zu sistieren. In solchem Falle, wie überhaupt, tut man gut, die Kranke einige Tage das Bett hüten zu lassen, mindestens solange, bis der Uterus sich völlig beruhigt hat.

Ein ganz anderes Bild stellt das Leiden vor, wenn die Blasenveränderungen weitergeschritten sind. Da unter Umständen nur wenige Tage dazu gehören, um bei bestehender Ischuria paradoxa eine schwere, tiefgreifende Blasengangrän zustande kommen zu lassen, so kommt es weniger auf die Zeit der Schwangerschaft als auf das Verhalten der Urinblase an.

Ist die Blase schwer affiziert, so beachte man, dass nach plötzlicher, völliger Entleerung nicht selten Blutungen in die Blase beobachtet sind. (Fall von Kroner und Fall von Baisch). Deshalb soll man den Urin nicht auf einmal, sondern auf zwei bis dreimal entleeren. Bei der Einführung des stark gekrümmten männlichen oder elastischen Katheters ist äusserste Vorsicht nötig, dass nicht paraurethrale falsche Wege gemacht werden. Eventuell sind kalte Kompresse, Eis nach dem Katheterismus, Secale, Adrenalin, Gelatine anzuwenden.

Es muss öfters katheterisiert werden, da die Blase sich stets rasch wieder anfüllt. Gelingt der Katheterismus nicht, so muss die Blase auf anderem Wege entleert werden. Punktion über der Symphyse oder Punktion von der Scheide aus kommt zunächst in Betracht. — Dann die Inzision in die Blase — entweder von oben oder von der Seite aus. Hier ist nur zu bedenken, — dass die Möglichkeit vorliegt, dass nachher Abort eintritt oder künstlich erregt werden muss. Da liegt bei der vaginalen Inzision ein Infektionsherd in unmittelbarer Nähe der Cervix.

Ist die Blase entleert, dann kommt die Lageveränderung des Uterus in Betracht, und zwar fragt es sich, ob man die Reposition versuchen soll oder nicht.

„Diese Frage", sagt Küstner, „ist ganz abhängig von dem Zustande der Blase, handelt es sich um tiefgreifende Gangrän, sind bedeutende zusammenhängende Gewebsstücke teils spontan, teils unter Nachhülfe mit der Kornzange ab-

gegangen, dann kann man sicher sein, verträgt die Blase nicht den geringsten Insult". Bumm verneint die Frage direkt, indem er sagt: „Zeichen von bereits eingetretener Gangrän der Blase kontraindizieren jeden Repositionsversuch, der nur verschlimmernd wirken kann".

Orthmann meint, es käme hierbei auf den Grad, resp. auf die Dauer der bestehenden Blasenkrankheit und andererseits auf die Schwierigkeit der Aufrichtung des Uterus an.

„Sämtliche Repositionsversuche sind dagegen zu unterlassen", sagt er, „so wie sich infolge der Blasengangrän Symptome von Peritonitis eingestellt haben".

Die Zuhülfenahme von Narkose ermöglicht die notwendigen Manipulationen mit möglichster Schonung für die Blase vorzunehmen. Auch kann man in manchen Fällen zunächst mit einer partiellen Reposition sich begnügen, in die Vagina Jodoformgaze oder einen Colpeurynter einführen oder die Schrottbeutelausfüllung (Funke, Halban) vornehmen; Chrobak empfiehlt auch Einlegung eines Quecksilbercolpeurynters.

Fall X. 50/1907. 3. 13.

D. A., 37 Jahre alt, III-para, gravida mens IV. Vater an einem Lungenleiden, Mutter bei einer Entbindung gestorben. Als Kind — Masern und Diphtheritis.

Erste Periode mit 20 Jahren, 5, 6 Tage dauernd, unregelmässig. Letzte Periode anfangs Dezember 1906, ungewöhnlich lang und stark.

Erster Partus 1896, spontan, im Wochenbett Thrombophlebitis. Zweiter Partus 1898 normal.

Schon in den ersten Monaten der zweiten Schwangerschaft war eine Senkung der Gebärmutter eingetreten, so dass die Patientin mitunter kein Wasser lassen konnte. Einige Zeit nach der Entbindung trat Besserung ein und nur während der Periode senkte sich etwas die Gebärmutter hinab. In der jetzigen Schwangerschaft ist eine stärkere Senkung eingetreten, so dass die Patientin die Gebärmutter schon vor

der Scheide gefühlt hatte. Urinbeschwerden: Wasser musste häufiger durch Katheter entleert werden, Stuhl regelmässig, aber schmerzhaft.

Befund bei der Aufnahme: Mittelgrosse Patientin von etwas reduziertem Ernährungszustande, beträchtliche Kyphoscoliose nach links, Lunge normal. Herz-Dämpfung bis zum rechten Sternalrand, Spitzenstoss in der linken Mammillarlinie. Erster Ton blasend, Herzaktion etwas beschleunigt; Brüste mittelgross, hart, keine Sekretion. Leib etwas vorgewölbt; Aortenpulsation gut fühlbar. Seitlich keine Resistenz. In der Mitte oberhalb der Symphyse fühlt man eine, diese ein wenig überragende, Resistenz. Inguinaldrüsen nicht geschwellt. Vulva geschlossen, Scheide geräumig, Portio dicht hinter der Symphyse; Muttermund für einen Finger eingängig. Lippen sehr weich; im Douglas fühlt man einen fast kindskopfgrossen, prall elastischen, stellenweise fluktuierenden Tumor, einem retroflektierten schwangeren Uterus entsprechend, in dem deutlich harter Inhalt zu fühlen ist. An der Cervix und im Scheidengewölbe Pulsation. Adnexe nicht zu fühlen. Parametrien frei. Reposition zur Zeit nicht möglich. Patientin bekommt einen Einlauf und Scheidenspülung, wird katheterisiert.

Urin: Spez. Gew. 1025, kein Eiweiss, kein Zucker; es wird in die Scheide ein Colpeurynter eingelegt.

15. Der Colpeurynter wird entfernt; der Uterus hat sich ein wenig aufgerichtet; Urinieren spontan.

16. Uterus vollständig aufgerichtet; es wird ein Pessar eingelegt, der den Uterus in normaler Lage erhält.

18. Patientin verlässt heute beschwerdelos die Klinik.

Glaubt man von der Reposition absehen zu müssen, dann geht die Indikationsstellung nach 2 Richtungen hin. Entweder hebt man die Schwangerschaft auf, oder man greift unter Erhaltung derselben operativ ein.

Das erstgenannte Verfahren ist das ältere, welches bis zum heutigen Tage Geltung beansprucht hat, und zu welchem man im Hinblick auf die Tatsache, dass auch nach gelungener Reposition manchmal noch Spontanabort eintritt, immerhin entschliessen kann.

Man sucht die Portio durch Herabziehen mit einer Hakenzange zu erreichen, geht durch sie mit einer Kornzange ein und zerreisst die Eihäute. Oder man legt durch die Cervix ein Bougie in den Uterus ein. Sollten solche Versuche versagen, ist die Portio nicht zugänglich zu machen, so ist wiederholt mit Erfolg die Punktion des Uterus von der Scheide oder vom Rektum aus, und das Ablassen des Fruchtwassers gemacht worden. Die Punktion wird mit einem mittelstarken Troicart vorgenommen, sie ist, wie Chrobak betont, selbst wenn die Placenta durchstossen wird, kaum gefährlich. Danach verkleinert sich der Uterus, Kontraktionen treten ein und der Abort kommt in Gang.

Der Vollständigkeit halber soll noch erwähnt werden, dass für gewisse Fälle verschiedene grössere operative Eingriffe empfohlen und auch ausgeführt worden sind, so die Köliotomie, die vaginale Totalextirpation der Uterus oder die Colpotomia posterior mit Spaltung der hinteren Uteruswand, Entleerung des Uterus mit nachfolgender Wiedervernähung, endlich noch die Laparatomie. Dührssen hält sie für kontraindiziert bei Blasengangrän; er hält unter diesen Umständen die Schwierigkeit, welche die Blase auch noch nach dem Bauchschnitt macht, für unüberwindlich.

Als wichtigste therapeutische Massnahmen möchte Orthmann folgende hervorheben:

1. In prophylaktischer Hinsicht muss jeder retroflektierte schwangere Uterus in den ersten Monaten aufgerichtet und durch ein Pessar bis zum 5. Monat in der richtigen Lage gehalten werden.
2. Gelingt die Aufrichtung auch in Narkose nicht, so ist ein abwartendes Verhalten nur unter strenger sachverständiger Aufsicht gestattet, andernfalls ist die Köliotomie zur Lösung der die Aufrichtung verhindernden Verwachsungen indiziert.
3. Bei vorhandenen Einklemmungserscheinungen und drohender Blasengangrän ist die Harnblase sofort zu entleeren, vorsichtige Repositionsversuche in Narkose sind gestattet, solange peritonitische Erscheinungen fehlen.

4. Bei vorgeschrittener Blasengangrän und beginnender Peritonitis muss nach sofortigem Katheterismus der schwangere Uterus entleert werden und zwar entweder durch Sprengung der Eiblase mittelst einer durch den Cervixkanal eingeführten Sonde oder durch Punktion der Eiblase vom hinteren Scheidengewölbe aus.

Ich möchte ganz kurz der Vollständigkeit wegen noch über 2 Fälle, die in den Jahren 1891 bis incl. 1910 in der Münchner Frauenklinik zur Aufnahme und Behandlung kamen, berichten.

Fall XII. 461/1908. XII. 1.

D. C., 22 Jahre alt, II-para, gravida mens II. Als Kind Masern. Sonst will die Pat. immer gesund gewesen sein. Erste Periode mit 15 Jahren, 4 Tage dauernd, mittelstark, regelmässig, letzte Periode Mitte Oktober.

Eine Spontangeburt, Schwangerschaft und Wochenbettverlauf normal.

Seit 8 Tagen starke Schmerzen im Kreuz und in der rechten Unterleibsgegend.

Pat. von schwacher Konstitution, Herz und Lungen normal. Leib nicht aufgetrieben, Vulva klaffend, Vigina weit. Portio sieht symphysenwärts; Uterus retroflektiert, nicht vergrössert, aber ziemlich weich. In der Narkose wird die Reposition des retroflektierten Uterus vorgenommen, die sehr leicht gelingt. In zwei Tagen wird Pat. beschwerdelos entlassen.

Fall XIII. 542/1908.

W. A., 30 Jahre alt, I-para, gravida mens III. Vater an einem Herzleiden, Mutter an einer Bruchoperation gestorben.

Vor 5 Jahren hat Patientin Rippenfellentzündung gehabt. sonst will sie immer gesund gewesen sein.

Patientin klagt über Beschwerden beim Wasserlassen, sie ist schon zweimal katheterisiert worden.

Die innere Untersuchung ergab einen retroflektierten Uterus der leicht reponiert wurde. Patientin ist beschwerdelos entlassen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht Herrn Geheimrat Prof. Dr. Döderlein für seine gütige Anregung, sowie Herrn Privatdozent Oberarzt Baisch für seine freundliche Unterstützung meinen Dank auszusprechen.

Literatur.

Ahlfeld: Berlin, klin. Wochenschrift 1880.
Asterblum: Zentralbl. 1905, Nr. 5.
Baisch K.: Zeitschrift für gynäkologische Urologie Band I, Nr. 1, 1908.
Bamberger: Beiträge zur Pathologie der Gebärmutterknickungen.
Bell: Brit. med. Journ. Dec. 5 1874.
Benkiser: Zentralbl. 1887 N. 51.
Bennecke: Zentralbl. f. Gyn. 30, 1906.
Berge J. ten: Diss. Groningen 1900. ref. Monatschr. Bd. 13.
Bley J.: Retroflexio uteri gravidi incarcerata Diss. Giessen 1908.
Boldt: Zentralbl. für Gyn. N. 4, 1890.
Brandeis S.: Archiv für Gyn. Berlin 1874/75 VI.
Bumm: Grundriss zum Studium der Geburtshülfe 1909.
Charles: De la rétrovernion de l'utérus pendant la grossesse Journ. de méd. du Bruxelles 1876/77/78.
Chroback: Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 377, 1904.
Cohnstein: Archiv für Gyn. Band V.
Credé: Archiv für Gyn. I 108, Nr. 28.
Cramer H.: Seltene Einklemmung des graviden Uterus. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gyn. 61, 1907.
Dienst: Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16.
Dührssen: Ueber Aussackungen, Rückwärtsneigungen und Knickungen des schwangeren Uterus. Archiv für Gyn. Bd. 57, 1899.
Doléris: La gynécologie 1902.
Frank: Monatsschr. 1906, Bd. 23.
Frankenheuser: Archiv f. Gyn. Bd. XII.
Fritsch: Die Lageveränderungen des Uterus. Halle.
Franz: Münchn. Med. Wochenschr. 1898, Nr. 1.
Fry: The americ. Journ. of obst. V 39.
Gottschalk: Archiv für Gyn. Bd. 46, 1894.
Grarvit Aug.: Retroflexio uteri gravidi incarceratione Greifswald. Diss. 1898.
Handfield-Jones: Journ. of obstetr. and gyn. 1903.
Herrmann: The british medical Journ. 1904.
Hohmann F.: Retrofl. uteri grav. partialis Diss. Marburg 1898.
Head: London Hosp. Rep. IV.
Inglis Parson: obstetr. Transaction Vol. 42, 1900.
Jettler: Diss. inaug. Tübingen 1864.
Jourel: Dictionaire des Sciences médicals IX.
Jahresberichte der gesamten Medizin, Virchow-Hirsch 1875, Bd. II.
Kamann: Zentralbl. 1905.

Kerr: Transaction of the obstetr. Sec. of London Bd. 42.
Kermanner: Monatsschrift 1906, Bd. 24
Kruckenberg: Archiv für Gyn. 1882, Bd. 19.
Küstner: Handbuch der Gyn. 1907.
Landfermann: Diss. Bonn 1892.
Latharaz-Violet: Annales de gynéc. et l'obstét. Bd. XIV.
Lefebure: Revue int. de méd. et de chir. 1897, Nr. 16.
Madurowicz: Wiener med. Woch. 1877, Nr, 51, 52.
Mann: The am. Journal of obstet. Vol 38.
Marschand: Zentralbl. 1904, Nr. 18.
Marschuer: Zentralblatt 1900, Nr. 27.
Martin E.: Die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter nach vorn und hinten. Berlin 1866.
Martin A.: Deutsche Med. Wochenschr. XV.
Martin: Monatschr. 1903, Bd 18.
Mouchet: Annales de gynécol. et o'obstetr. 1909.
Neugebauer: Monatsschr. Bd. XI.
Olshausen: Schmidt's Jahrbücher der Med. Bd. 147.
Osterloh: Zentralbl. für Gyn. 1895.
Pinard und Varnier: Annales de gynéc. 1886/87.
Puppel: Monatsschr. f. Geburtsh. und Gyn., Bd. XXXIII, 1910.
Orthmann: Frauenarzt XXIV, 1909.
Raszkes: Zentralbl., Bd. 24. 1906.
Reel: Monatsschr., Bd. 24, 1906.
Roberts: Zentralbl. Nr. 49, 1906.
Ross Stuart: Zentralbl. Nr. 6, 1900.
Rosenberger: Beiträge zur Geburtsh. und Gyn. v. Hegar XIV, Bd. 1909.
Schatz: Archiv für Gyn., Bd. I.
Schuhl: Archiv de Tocol. et de Gyn., Vol. 21, Nr. 6.
Spiegelberg: Lebrbuch für Geburtshülfe.
Schwarz: Zentralbl. für Gyn. Nr. 6 und Archiv für Gyn. 1.
Schwalbe: Memoralien Heilborn 1886.
Seeligmann: Zentralbl. Nr. 5, 1901.
Tarnier und Budin: Traité de l'art des accouchements.
Treub: Zentralbl. 1892.
Tyler-Smith: Obst. Transact. II.
Unterberger: Monatsschr., Bd. XI.
Valenta: Memorabilien 1883, Nr. 1.
Veit J., Klinische Wochenschr. Berlin XXIV.
Vallée de Maux: Monatschr. Bd. XI.
Wennerstrom: Hygiene Vol. 1.
Wertheim: Handbuch der Geburtshülfe 1904 von Winkel.
Westphalen: Zentralbl. Nr. 5, 1899.
Zweifel: Lehrbuch der Geburtshülfe.

Lebenslauf.

Geboren zu Rovno am 2. Februar 1885, orthodoxer Religion, besuchte ich das Humanistische Gymnasium zu Tscherkassy, das ich am 12. Juni 1904 mit Zeugnis der Reife verliess, um mich dem Studium der Naturwissenschaft und Heilkunde zu widmen.

Ich studierte an den Universitäten St. Petersburg, Paris, Kieff, Wien und München, wo ich bis Ende meines Studiums verblieb.